

FORMULARIO DE EVALUACIÓN PERSONAL

INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre:

| Apellido | Nombre | Segundo Nombre | Edad |
|----------|--------|----------------|------|
|----------|--------|----------------|------|

Dirección: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono para mensajes: _____

Cantidad de personas que viven en la casa: _____ Cuántos niños: _____

Marque lo que describe mejor a su hogar:

Dos padres _____ Madre o padre soltero _____ Padre o madre de 16-19 años de edad sin diploma de escuela superior ni equivalencia de escuela superior (GED) _____

¿Es responsable de cuidar de una persona incapacitada diariamente? Sí _____ No _____

¿Qué ayuda cree que podría obtener por parte de familiares y amigos si tomara clases, buscara empleo o si obtuviera un empleo? _____

¿Trabaja usted con otras organizaciones comunitarias, tales como HUD, Head Start, CASA, el Departamento de Corrección, etc.? Sí _____ No _____ Si contestó SÍ, indique la organización: _____

SU HISTORIA DE TRABAJO:

¿Cuántos empleos ha tenido en los últimos 18 meses? _____

¿Ha hecho trabajo voluntario o servicios comunitarios? _____ Sí _____ No _____

Díganos sobre su último empleo, ¿por qué se fue y qué hubiera ayudado a que se quedara en ese empleo?

Díganos sobre su trabajo voluntario o servicio comunitario.

Díganos qué tipo de empleo le gustaría tener y por qué.

Es posible que tenga que mudarse o viajar para obtener empleo. Díganos su opinión al respecto.

¿Ha servido en las Fuerzas Armadas? _____ Califica para beneficios de las Fuerzas Armadas? _____ Si es así, ¿los ha solicitado? _____

FORMULARIO DE EVALUACIÓN PERSONAL

SU EDUCACIÓN:

¿Cuál es el grado más alto que completó en la escuela? _____ ¿Año? _____ ¿Tuvo un Plan de Educación Individualizado? _____

Díganos sobre las clases especiales que tomó. _____

Díganos sobre sus grados o certificaciones. _____

¿Se le hizo fácil leer este formulario? _____ Si contestó no, explíquenos por qué. _____

SU SALUD:

¿Tiene problemas médicos que afectaría, su trabajo? _____ Si contestó Sí, ¿está bajo cuidado de un médico? _____ ¿Consume usted o alguna otra persona en su hogar bebidas alcohólicas o medicamentos que no le hayan recetado? _____

¿Le ha dicho alguna vez algún doctor que reduzca o deje de usar alcohol o drogas? _____

¿Podría usted pasar una prueba de drogas de un empleador hoy? _____

¿Alguna persona en su vida le tiene bajo amenaza a usted o a sus hijos o le ha hecho algún tipo de daño (daño puede incluir situaciones como acoso o amenazas de hacerle daño a usted o a sus hijos, mascotas o familiares y amigos, empujar, agarrar, cachetadas, golpes, ahorcar o agarrarle sin permitirle moverse; hacerle sentir mal constantemente o decirle que no vale nada; cualquier tipo de contacto sexual no deseado)? _____ Sí _____ No

¿Le pondría en peligro de daño físico, emocional o sexual a usted o sus hijos el buscar empleo o ir a la escuela? _____ Sí _____ No

SUS FINANZAS:

¿Qué otros ingresos tiene que le pudieran ayudar? _____

¿Está en peligro de: desalojo forzado de su vivienda? _____ desconexión de los servicios públicos? _____

¿Qué cuentas o deudas tiene? _____

Otras _____

SUS FORTALEZAS:

Díganos sobre sus fortalezas y talentos especiales: _____

¿Qué ayuda necesita para encaminarse a la meta de mantenerse a usted mismo y a su familia?

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| _____ Cuidado de niños | _____ Ayuda con transportación | _____ Educación/entrenamiento |
| _____ Obtener manutención de niños | _____ Consejería de alcohol/drogas | _____ Experiencia de trabajo |
| _____ Ayuda con la violencia doméstica | _____ Necesita un teléfono | _____ Necesita recertificación |
| _____ Ropa/herramientas de trabajo | _____ Necesita una licencia de conducir | _____ Otra |

FORMULARIO DE EVALUACIÓN PERSONAL

FIRMADO: _____ **FECHA:** _____

Firma del cliente

Número de seguro social _____